



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 3946

(13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ РЕКОНСТРУКЦІЇ І ПЛАСТИКИ ПОРОЖНИНИ НОСА

1

2

(21) 2004042577

(22) 06.04.2004

(24) 15.12.2004

(46) 15.12.2004, Бюл. № 12, 2004 р.

(72) Діденко Василь Йосипович

(73) ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ, Діденко Василь Йо-
сипович(57) Спосіб реконструкції і пластики порожнини
носа, що включає взяття трансплантата, реконст-
рукцію та пластику порожнини носа і нижніх носо-

вих раковин, який відрізняється тим, що як трансплантат використовують спонгіозно-мозковий ауто трансплантат, з котрого частково видаляють кістковий мозок шляхом занурення його у фізіологічний розчин кухонної солі або розчин Рінгера з гепарином, після чого реконструкцію нижніх носових раковин виконують пластинками з підготовленої аутокістки, а пластику порожнини носа проводять подрібненим до розміру 0,2 x 0,2 см ауто трансплантатом.

Корисна модель стосується медицини, а саме - ринохірургії і може бути використаним у лікуванні хворих на атрофічний риніт і озену.

Хірургічне лікування хворих на атрофічний риніт і озену є основним та самим ефективним.

Існує багато способів хірургічного лікування атрофічних ринітів і озени, але вони мало ефективні, нерідко ведуть до загострення та поглиблення патологічного процесу, що робить пошук нових способів необхідним та актуальним.

Найбільш широкого розповсюдження набули звужувальні операції патологічно розширених носових ходів за допомогою імплантації під мукоперіост дна порожнини носа, його перетинки та бокових стінок.

Відомий метод звужувальної операції в порожнині носа у хворих на озену (Ю.В. Мітін та співавт. Метод пластики латеральної стінки носа при хирургическом лечении больных озоной // Российская ринология. - 1993.-Приложение 1.- С.59-60.).

Спільною суттєвою ознакою аналога і корисної моделі, що заявляється є така:

-Звужувальний ефект патологічно розширених носових ходів. Цей метод є недостатньо ефективним, тому що:

1. Даний пластичний матеріал являється стороннім тілом для організму хворого, який несе в собі антигенний стимул для реакції імунної відповіді, яка веде до розсмоктування трансплантата, відторгнення його або нагноєння.

2. Остеогенез консервованих алопластичних матеріалів вкрай низький.

3. В результаті приживлення таких імплантатів не відбувається позитивних змін в трофіці тканин носа ушкодженій патологічними процесами, покращення специфічної і неспецифічної резистентності тканин порожнини носа.

Найбільш близьким за технічною сутністю та результатом, що досягається, є спосіб пластики порожнини носа у хворих на атрофічний риніт і озену суцільним кістково-мозковим ауто трансплантатом (P.Chatterji. Autogenous medullary cancellous bone graft in ozena //J.Laryngology Otology.- 1980. -Vol. 94,№7. -P. 73 7-749), який включає взяття губчатого кістково-мозкового трансплантата із гребіння клубової кістки і імплантацію його під мукоперіост дна носа в вигляді окремих совпців. Пластика нижніх носових раковин при цьому не проводилась.

Спільною суттєвою ознакою аналога і корисної моделі, що заявляється є:

- звуження патологічно розширених носових ходів. Метод має такі недоліки:

1.Суцільний кістково-мозковий ауто трансплантат досить повільно перебудовується та приживлюється, в значній мірі розсмоктується, чутливий до інфікування.

2. Клінічний ефект ауто трансплантації даного пластичного матеріалу, за даними автора, настає через півтора року після хірургічного втручання.

(13) U

(11) 3946

(19) UA

3. Використання спонгіозно-мозкового ауто-трансплантата не враховувало вплив вмісту кісткового мозку на його остеогенез, швидкість перебудови і приживлення, відновлення трофіки ушкоджених тканина, а також біоімундуктивні властивості кісткового мозку.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу хірургічного лікування хворих на атрофічний риніт і озену шляхом реконструкції і пластики порожнини носа губчатою аутокісткою з кістковим мозком, що забезпечує суттєве підвищення ефективності лікування хворих.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який включає для реконструкції і пластики порожнини носа, губчату аутокістку з кістковим мозком, новим є те, що враховується вміст кісткового мозку в губчатому аутоотрансплантаті, його подрібнення, а також проводиться пластика нижніх носових раковин.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та технічним результатом полягає у такому:

- часткове позбавлення кісткового мозку в аутоотрансплантаті губчатої кістки, забезпечує достатню перфузію аутоотрансплантата, підвищує в ньому остеогенез, прискорює перебудову та приживлення останнього.

- подрібнення аутоотрансплантата посилює остеогенез і процеси плазмоциркуляції в ньому.

- аутоотрансплантація губчатої аутокістки з кістковим мозком дозволяє через 4-6 місяців досягти не тільки відновлення морфологічної архітектури порожнини носа, але й покращити та відновити, порушені патологічним процесом, трофіку тканин, їх специфічну і неспецифічну резистентність.

Таким чином, сукупність вищезазначених позитивних впливів дозволить суттєво підвищити ефективність лікування хворих та подовжити термін ремісій захворювання.

Сутність розробленого способу полягає в наступному:

У хворих на атрофічний риніт і озену із пресінкових розтинів порожнини рота формуються субмукоперіостальні тунелі по дну носа, боковим стінкам та перетинці носа до хоан. При атрофії нижніх носових раковин, із розтинів мукоперіосту передніх кінців останніх субокістно формується тунель по верхній і внутрішній поверхні раковини до її заднього кінця (запроваджено вперше). Береться необхідна кількість губчатої кістки з кістковим мозком із гребеня крила клубової кістки, яка позбавляється повністю крові і частково кісткового мозку шляхом занурення аутоотрансплантата в фізіологічний розчин кухонної солі або розчину Рінгера з гепарином. При реконструкції нижніх носових раковин в зформовані тунелі вводяться необхідного розміру платівки губчатої аутокістки з кістковим мозком. Тунелі по дну носа, боковим стінкам носа і нижнім відділкам його перетинки виповнюються подрібненим, щільно викладеним аутоотрансплантатом. Рани зашиваються наглухо. Операція завершується передньою тампонадою носа з антибактеріальним препаратом. На протязі 7 днів хворим назначаються

внутрішньо-м'язеві антибіотики широкого спектру дії.

За викладеним методом проведено 30 реконструктивно-пластичних операцій в порожнині носа хворим на атрофічний риніт (28 первинних і 2-вторинних) і 21 хворому на озену (16 первинних і 5-вторинних), віці від 14 до 52 років.

Приклади:

1. Хворий Р., 33 років, історія хвороби № 7515, поступив до ЛОР-клініки Запорізької обласної багатопрофільної клінічної лікарні 12.05.1994 року зі скаргами на неприємний запах із носа, гнійні виділення із нього зеленкуватого кольору з кірками, затруднення носового дихання, втрату нюху, кашель, загальну слабкість та швидку втому при роботі. Вважає себе хворим з 1985 року.

Загальний стан задовільний. Загальні аналізи крові і сечі без патології. Імунограма від 16.05.94.: Вл-21,8%, Т-хелпери -31,3%, Т-супресори- 24,%, IgG - 1754мг%, IgM-176мг%, IgA- 141мг%, секреторний IgA -29,8мг% (169±13,8мг% в контрольній групі), мукоціліарний кліренс -54хв (15,4±1,9хв в контрольній групі). В виділеннях порожнини носа ідентифіковані протей і клебсієла Абеля 10х6. Нюх IV ступеню за В.Г. Воячеком.

Клінічний діагноз: Озена III — IV ступеню, середньої важкості.

19.05.94р. виконана первинна реконструктивно-пластична операція в порожнині носа з використанням губчатої аутокістки, частково позбавленої кісткового мозку. Післяопераційний період проходив без ускладнень. 14.06.94. хворий виписаний з клініки в задовільному стані.

Через 3 місяці після виписки усі показники системного імунітету нормалізувались або мали тенденцію до нормалізації. Носове дихання вільне, в носових ходах звичайний слиз, дещо в'язкіший від нормального. Кірок нема. Мукоціліарний кліренс 39 хв. Зберігається сухість слизової ротоглотки. Горлянка заспокоїлась. Нюх II ст. Через 3 роки скарг немає. Носове дихання вільне, в носових ходах в'язкий слиз, кірок нема, зберігається сухість слизової ротоглотки. Мукоціліарний кліренс 31 хв, нюх II ст.

2. Хвора К, 40 років, історія хвороби № 19473, поступила до ЛОР-клініки Запорізької обласної багатопрофільної клінічної лікарні 13.12.94р. зі скаргами на постійну сухість в носі, затруднення дихання носом, різке зниження нюху, виділення із носа кірок з неприємним запахом. Хворіє 11 років. Працівник мебельної фабрики, має постійний контакт з лаками та красочними виробами, запиленням.

Носове дихання утруднене, носові ходи широкі, наповненні сухими кірками, слизова оболонка витончена, суха. Нюх III ст. за В.Г.Воячеком, мукоціліарний кліренс 39хв.

Загальний стан задовільний. В аналізах крові і сечі без патології. Серед імунних показників достовірне зниження Т-хелперів (34,2%), секреторного IgA (48,9мг%). При рентгенографії приносних пазух картина двобічного пристінкового синуситу. При діагностичній пункції верхньо-щелепних пазух патології не виявлено.

Клінічний діагноз: Атрофічний риніт.

15.12.94. виконана первинна реконструктивно-пластична операція в порожнині носа з використанням аутологічної губчастої кістки, частково позбавленої кісткового мозку. Післяопераційний період проходив без ускладнень. 28.12.94. хвора виписана з клініки в задовільному стані.

Через 3 місяці після виписки, скарг нема. Носове дихання вільне, в носових ходах звичайний

слиз, мукоцільярний кліренс - 19 хв, нюх - II ст. Показники клітинного і гуморального імунітету прийшли до норми. Секреторній IgA - 94,3мг%. При рентгенографії приносових пазух патології не знайдено.

Середній післяопераційний ліжко-день склав $11 \pm 2,1$ днів. Ускладнень в післяопераційному періоді не спостерігалось.